# はじめて来院された方へ

下記の項目について、記入もしくは〇で囲んでください。

令和　　年　　月　　日

| | | |
|---|---|---|
| ふりがな | | 男 ・ 女 |
| 患者氏名 | | |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日（　　歳） | |
| 現住所 | 〒 | |
| ＊住民票住所が異なる方⇒ | | TEL: |
| ＊現在帰省中の方は滞在先⇒ | | TEL: |
| 電　話 | 自宅: | 携帯: |
| 保護者氏名 | 受診者との続柄 | 職業 |

1. 本日はどのようなことでこられましたか？　いつ頃から、どのような状態になったかを簡単に記入して下さい。

体温　　.　　℃

2. 現在、治療中の病気や服用している薬はありますか？

①治療中の病気　・なし

・あり→

| |
|---|
| 病名: |
| 通院中の医療機関: |

②服用している薬　・なし

・あり→

| |
|---|
| 薬の名前: |

3. 出生時の様子について

妊娠期間　（　　週　　日）

出生時体重（　　g）、出生時の状態〔正常・異常（　　）〕

4. 乳児期の栄養について　〔 母乳 ・ 人工乳 ・ 混合 〕

5. 乳児期の健診や学校の健診で、今までに指摘された事項があれば記入してください。

6. 今までにかかった病気や入院、手術等があったら記入してください。

| 年齢 | 内容 |
|---|---|
| | |
| | |

（裏面も記入してください）

7. 下記のアレルギー性疾患にかかったことがありますか？

□ なし

□ 気管支喘息　（　　歳）　□ アトピー性皮膚炎　（　　歳）

□ アレルギー性鼻炎　（　　歳）　□ アレルギー性結膜炎　（　　歳）

□ 花粉症　（　　歳）　□ じんましん　（　　歳）

□ 食物アレルギー　（　　歳）　（原因食物:　　）

（症状:　　）

□ その他　（　　）

8. 今までに受けた予防接種を記入してください。（母子手帳をご参照ください。）

| | | | |
|---|---|---|---|
| □ヒブ | 年　月　日 | □ポリオ | 年　月　日 |
| | 年　月　日 | | 年　月　日 |
| | 年　月　日 | | 年　月　日 |
| | 年　月　日 | | 年　月　日 |
| □肺炎球菌 | 年　月　日 | □麻疹風疹混合（MR） | 年　月　日 |
| | 年　月　日 | | 年　月　日 |
| | 年　月　日 | □水痘 | 年　月　日 |
| | 年　月　日 | | 年　月　日 |
| □五種混合 または □四種混合 | 年　月　日 | □おたふくかぜ | 年　月　日 |
| | 年　月　日 | | 年　月　日 |
| | 年　月　日 | □日本脳炎 | 年　月　日 |
| | 年　月　日 | | 年　月　日 |
| □ロタ | 年　月　日 | | 年　月　日 |
| | 年　月　日 | □B型肝炎 | 年　月　日 |
| | 年　月　日 | | 年　月　日 |
| □BCG | 年　月　日 | | 年　月　日 |
| □その他（　　） | | | 年　月　日 |

9. 注射・飲み薬で異常を起こしたことはありますか？　〔　ある　・　ない　〕

ある場合は詳しく記入してください。

10. 患者さんの両親、兄弟姉妹について、年齢・性別をご記入ください。大きい病気や慢性の病気にかかったことがある場合は〔　　〕にご記入下さい。

父（　　歳）〔　　〕

母（　　歳）〔　　〕

兄弟姉妹①（男・女）（　　歳）〔　　〕

兄弟姉妹②（男・女）（　　歳）〔　　〕

兄弟姉妹③（男・女）（　　歳）〔　　〕

兄弟姉妹④（男・女）（　　歳）〔　　〕

11. 現在、通っている幼稚園、保育園、小学校、中学校等はどこですか？